

Caso CONAMED

CONAMED Case

Dra Ma. del Carmen Dubón Peniche

Síntesis de la Queja.

El paciente fue operado de urgencia por el médico demandado, quien soslayó las complicaciones que presentó en el postoperatorio, pese a que su estado de salud era grave, por ello tuvo que consultar a otros facultativos.

Resumen clínico.

Expediente clínico, primer hospital.

21 de abril de 2006, Resultados de laboratorio: Hemoglobina 17.1, hematocrito 50, leucocitos 4,600, plaquetas 183,000; antígeno prostático específico 2.18. Reporte de ultrasonido: Hipertrfia prostática, orina residual postmiccional. 12 de mayo de 2006, Cirugía: Masculino de 56 años de edad; fue diagnosticado externamente, por lo que después de corroborar con ultrasonido hiperplasia prostática, pasa a quirófano. Impresión diagnóstica: hipertrofia prostática con retención urinaria aguda, probable infección urinaria.

Nota postquirúrgica: Cirugía programada.- Prostatectomía suprapúbica. Cirugía realizada.- La misma. Diagnóstico de ingreso.- hipertrofia prostática. Diagnóstico de egreso.- El mismo, descartar malignidad. Hallazgos.- Próstata de 5X5 centímetros, nodular, dura, adherida firmemente, reseca íntegramente. Vejiga aumentada de tamaño, paredes engrosadas, orina en su inte-

rior muy concentrada, severamente fétida. Sangrado del lecho prostático en forma moderada. Técnica: bajo bloqueo peridural, se realiza incisión media infraumbilical hasta vejiga, se incide resecando transvesicalmente la próstata. Complicaciones: ninguna. Sangrado: habitual, sin complicaciones. Probable infección de herida quirúrgica por retención urinaria y características de la orina. Indicaciones médicas: Solución mixta 1,000 ml. para 24 horas; amikacina 500 mg. intravenosos cada 12 horas, dipirona 1 g. intravenoso cada 6 horas, butilioscina una ampolla intravenosa cada 6 horas, metoclopramida una ampolla intravenosa cada 8 horas, ranitidina una ampolla intravenosa cada 8 horas, diazepam 3 mg intravenosos dosis única.

Nota de evolución, Cirugía: Se tapó la sonda Foley, dolor en herida quirúrgica, testículos edematizados, se verifica funcionalidad de cistoclis. Diclofenaco 75 mg. intravenosos cada 8 horas, compresas frías en genitales, por turno.

13 de mayo de 2006, Resultados de laboratorio: Hemoglobina 10.2; hematocrito 28.8; leucocitos 22,700, linfocitos 5.9%, segmentados 86%, granulocitos 91.7%; plaquetas 190,000. 14 de mayo de 2006, Cirugía: Mejor estado general, signos vitales en parámetros normales, tolera moderadamente dieta blanda, refiere náusea y vómito postprandial ocasional, mejoría de edema testicular;

cistoclis funcional. 18:00 horas, Cirugía: Se cierra cistoclis, se retiran soluciones, se indican medicamentos por vía oral, abundantes líquidos; vigilar funcionalidad de la sonda.

15 de mayo de 2006, nota de egreso: Alta por mejoría, cita en una semana para retiro de puntos de sutura; se retiró sonda Foley superior. Ofloxacina, diclofenaco/carisoprodol, ranitidina. 20 de mayo de 2006, Reporte de estudio histopatológico: Próstata con hiperplasia fibromuscular lisa y nodular adenomatosa, carcinoma microscópico grado (I+I) II de Gleason.

Expediente clínico, segundo hospital.

21 de mayo de 2006, nota de ingreso, Medicina Interna: Antecedente de prostatectomía hace diez días, evolución tórpida, salida de material purulento abundante en sitio de herida quirúrgica, malas condiciones generales, séptico, palidez de tegumentos, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen blando, depresible, herida quirúrgica con salida de material purulento, fétido. Presión arterial 80/50, frecuencia cardíaca 89 por minuto. Paciente grave, séptico, se inicia triple esquema antibiótico, apoyo inotrópico, se solicita valoración por Cirugía.

16:00 horas, Cirugía: Sepsis severa secundaria a prostatectomía, fuga de orina por Penrose y herida quirúrgica, no presenta datos de irritación peri-

toneal, se retira Dermalón subdérmico, se encuentra pus y orina en herida quirúrgica, existe eventración completa, vísceras protruidas, abundante tejido necrótico; se efectúa curación y desbridación. Anemia severa, (hemoglobina 5.9), hematocrito 16.1, leucocitos 33,500, segmentados 89%, bandas 5%, linfocitos 6%. 20:30 horas: Sin fiebre, frecuencia cardíaca 84 por minuto, presión arterial 100/60, vómito. Herida quirúrgica con abundante fuga de orina, sonda Foley permeable, abdomen blando, peristalsis activa.

22 de mayo de 2006, 6:45 horas. Cirugía: Afebril, herida quirúrgica con abundante drenaje urinario, sonda Foley funcionando. Abdomen blando, peristalsis activa. Resultados de laboratorio: Hemoglobina 5.2, hematocrito 15.7, leucocitos 13,600; glucosa 196, urea 84, creatinina 4.2. 10:15 horas. Medicina Interna: Hoy no vomitó, toleró vía oral, no existe compromiso cardiopulmonar, canaliza gases, no ha evacuado, peristalsis en parámetros normales. Herida quirúrgica con salida de orina, hemodinámicamente mejor, diuresis aceptable.

23 de mayo de 2006, 9:00 horas. nota de evolución: Herida quirúrgica con alto gasto de orina a pesar de la sonda. Afebril, inicia deambulacion. 10:20 horas, nota de evolución, Medicina Interna: Pendiente transfundirse, afebril, presión arterial mejor (130/70). Hidratación aceptable, no compromiso cardiopulmonar, abdomen con mejor peristalsis, canaliza gases. 24 de mayo de 2006, 10:20 horas, Cirugía: Temperatura 37.8° C, se transfundieron tres unidades de sangre, se efectuará re-sutura de pared vesical, pues su línea de sutura se encuentra necrosada. 10:30 horas, Medicina Interna: Hemodinámicamente estable, se suspende dopamina. Reporte histopatológico carcinoma grado I de próstata.

25 de mayo de 2006, Cirugía: Se efectúa resección de tejido necrótico de la línea de sutura vesical, se encuentra abundante necrosis del lecho con coquejas, se reseca tejido necrótico, se efectúa lavado. Se cierra vejiga en dos

planos, se drena absceso inguinal derecho, se espera evolución satisfactoria y que la necrosis no vuelva a fistulizar la vejiga. 19:25 horas, Cirugía: Evolución satisfactoria, temperatura máxima 37.3° C, presión arterial 116/70, frecuencia cardíaca 80 por minuto, sin compromiso cardiopulmonar, peristalsis discretamente disminuida.

26 de mayo de 2006, 10:35 horas. Cirugía: Evolución satisfactoria, ha tolerado la vía oral, ha evacuado y canalizado gases; afebril, presión arterial 130/70, frecuencia cardíaca 80 por minuto, frecuencia respiratoria 20 por minuto, sin compromiso cardiopulmonar, ni abdominal. Se disminuyeron soluciones y se agregó antiséptico urinario por disuria. Nota de evolución: La fuga es menor que ayer, sigue con secreción purulenta, signos vitales en parámetros normales.

27 de mayo de 2006, Cirugía: Condiciones generales estables, diuresis abundante. Medicina Interna: Ha tolerado la vía oral, evacua y canaliza gases, afebril. Puede egresar mañana. Cirugía: Evolución satisfactoria, se ha mantenido afebril, tolera la vía oral, evacuaciones normales. Pálido, hemoglobina 9.4 gramos, hematocrito 30.7. Si no existe sangrado, se manejará con hierro vía oral; herida quirúrgica sin fuga de orina, sólo secreción purulenta en escasa cantidad. En cuanto se solucione el cuadro infeccioso, requerirá plastia de pared; en breve realizar estudios de extensión de cáncer de próstata. Puede egresar con tratamiento y vigilancia estrecha, curación en su domicilio. Cita en tres días para valoración por Medicina Interna y Cirugía.

28 de mayo de 2006, Medicina Interna: Alta a su domicilio, se manejará con triple esquema antimicrobiano, así como hierro polimaltosado. Cita en tres días a consulta externa.

Análisis del Caso.

Para el estudio del caso se estiman necesarias las siguientes precisiones:

En términos de la literatura especializada, la hiperplasia prostática benigna

consiste en el desarrollo desproporcionado de los componentes celulares de la próstata (estroma o epitelio) que condiciona síntomas de obstrucción e inflamatorios. Se trata de un proceso multifactorial, el cual involucra interacciones entre el estroma y el tejido epitelial. Estos procesos son regulados por los niveles de estrógenos, andrógenos y varios factores de crecimiento.

Las manifestaciones de la hiperplasia prostática van desde un estado preclínico, asintomático, hasta la presencia de signos y síntomas de disfunción del vaciamiento vesical por obstrucción a nivel del cuello de la vejiga.

Atendiendo a lo establecido por la literatura especializada, los síntomas urinarios bajos, se dividen en obstructivos e irritativos. Entre los síntomas obstructivos están: disminución del calibre y fuerza del chorro urinario, dificultad y retraso para el inicio de la micción (hesitación, titubeo pre miccional o vacilación); intermitencia miccional (la micción se detiene de forma involuntaria); sensación de vaciamiento incompleto; pujo a la micción (se hace esfuerzo abdominal por sensación de vaciamiento incompleto), goteo terminal (la vejiga no vacía en forma completa y genera pequeño acumulo de orina en uretra); micción por rebosamiento (descompensación vesical por obstrucción crónica). Así mismo, entre los síntomas irritativos se encuentran: polaquiuria (frecuencia urinaria), nicturia (micción nocturna), urgencia miccional, incontinencia de urgencia, disuria (micción dolorosa), y síntomas asociados: hematuria, hemospermia (eyaculación con sangre).

Los datos más importantes en la exploración física comprenden búsqueda de signos de falla renal, palidez, edema, tinte urémico, así como datos de compromiso neurológico (trastornos de la marcha, Parkinson).

En ese sentido, debe efectuarse examen de cabeza, cuello y tórax en la forma habitual. Examen abdominal, búsqueda de cicatrices antiguas en trayecto urogenital, abombamientos en

hipocondrios, flancos o hipogastrio, descartando hidronefrosis, globo vesical. Examen de genitales, buscando procesos obstructivos distales (estenosis del meato uretral, fimosis, parafimosis, crecimientos o induraciones de contenido escrotal, adenopatía inguino-crural).

En la exploración rectal, deben buscarse alteraciones perianales (hemorroides, fístulas, etc.), tonicidad del esfínter, delimitación de la próstata, surco medio, nodulaciones, consistencia, temperatura, dolor, volumen en peso aproximado (parámetros normales 15 a 20 g.). Exploración de extremidades: edema, insuficiencia venosa o arterial, dolor. Exploración neurológica de los dermatomas importantes en urología: T10 (periumbilical), L3- L4 cara anterior de rodilla (Rotuliano), L5, S2 (Aquileo), S2-S4 (Bulbo cavernoso), L1-L2 (Cremasteriano).

Entre los estudios de laboratorio se encuentran: examen general de orina (para buscar datos de infección; proteinuria, glucosuria, cetonuria indican posible daño glomerular; eritrocituria implica complementar con estudios de imagen; leucocituria y bacteriuria con nitritos positivos, son indicativos de infección urinaria, entre otros). Química sanguínea para descartar hiperglucemia y elevación de azoados. Urocultivo y antibiograma para identificar germen causal de infección y sensibilidad antibiótica. Antígeno prostático específico (PSA), marcador tumoral por arriba de 4 ng., también para valorar el volumen de la masa prostática. Biometría hemática, tiempo de protrombina y tiempo parcial de tromboplastina, plaquetas, grupo y Rh (descartar anemia, poliglobulia, leucocitosis, etc.). De igual forma, entre los estudios de imagenología están: urografía excretora, cistouretrografía miccional, ultrasonografía abdominopélvica o transrectal. Estudios especiales: cistouretroscopia, estudios urodinámicos (flujometría, cistometría), perfil de presiones uretrales.

Por cuanto hace al tratamiento, la literatura especializada reporta entre los

medicamentos: bloqueadores alfa 1 adrenérgicos (prazosina, doxazosina, terazosina, tamsulosina, alfuzosina); inhibidores de 5 alfa reductasa (finasterida, dutasterida). En relación con el tratamiento quirúrgico (cirugía abierta), debido a los avances tecnológicos (cirugía endoscópica), cada vez son menos las indicaciones de cirugía abierta, y entre ellas están reportadas: próstata con volumen superior a 60-80 g.; hiperplasia prostática más litiasis vesical; imposibilidad para colocar al paciente en posición de litotomía; protrusión importante del lóbulo medio intravesical; obesidad que dificulta el acceso retropúbico. Las vías de abordaje son: suprapúbica (transvesical, capsular y vésico-capsular), transperineal, transacra.

Las complicaciones que pueden presentarse son: sangrado transoperatorio y postoperatorio, infección de vías urinarias, infección de herida quirúrgica, contractura de cuello vesical, incontinencia urinaria, estenosis del meato uretral, eyaculación retrograda, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, entre otras.

Por otra parte, el cáncer de la próstata, si bien puede afectar cualquiera de las estructuras anatómicas de la glándula, el 95% se origina en el tejido túbulo alveolar o acinar. Se trata del tumor más común en el varón por arriba de los 50 años de edad. Cabe mencionar, que en términos de la literatura especializada, la gran mayoría de los casos son detectados incidentalmente en la resección transuretral o prostatectomía abierta realizadas para manejo de hiperplasia benigna, o bien, en necropsia (incidental). Estos casos latentes o clínicamente no identificados, constituyen una amplia población de varones, en quienes la enfermedad tiene potencial maligno muy bajo, o bien, los pacientes mueren por otra causa, antes que transcurra tiempo suficiente para que se manifieste el cáncer prostático.

En el presente caso, de las constancias aportadas para su estudio, se des-

prende que el 12 de mayo de 2006, el paciente fue atendido por el facultativo demandado debido a hiperplasia prostática. La nota de la citada fecha, señala que el paciente fue diagnosticado externamente, por ello después de corroborar mediante ultrasonido hiperplasia prostática, se pasó a quirófano.

Al respecto, es necesario mencionar, que en el expediente clínico no existe evidencia de la elaboración de historia clínica, exploración física general, urológica, ni de la debida valoración preoperatoria. Esto demuestra que el facultativo demandado, incumplió sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento en la atención del paciente, así como incumplimiento a lo establecido por la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico.

La prostatectomía es un procedimiento quirúrgico electivo, salvo que exista hemorragia activa, situación que no sucedió en este caso, pues el paciente consultó al demandado debido a hiperplasia prostática obstructiva. Por lo anterior, no estaba justificada la omisión de la valoración clínica preoperatoria para identificar las condiciones generales del enfermo, seleccionar el método quirúrgico apropiado (prostatectomía transuretral vs. prostatectomía abierta) y determinar otras condiciones asociadas a obstrucción urinaria crónica, como infección de vías urinarias, sepsis o datos de falla renal por uropatía obstructiva.

En esos términos, está demostrado, que el facultativo demandado incurrió en mala práctica, por negligencia, pues incumplió los medios de diagnóstico establecidos por la lex artis de la especialidad, al no haber estudiado suficientemente al enfermo a fin de determinar su estado de salud y elegir la vía para realizar la cirugía.

A mayor abundamiento, si bien se realizó ultrasonografía pélvica, la cual reportó vejiga de forma normal, no se cuantificó el volumen prostático. En igual sentido, es necesario señalar, que el paciente tenía exámenes de laboratorio del 21 de abril de 2006; empero,

se omitió la realización de pruebas de coagulación y examen general de orina, estudios básicos para prevenir complicaciones hemorrágicas e infecciosas, en pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente.

Lo anterior, confirma la mal praxis, por negligencia, atribuible al demandado, pues fue demostrado que efectuó prostatectomía al paciente, sin haberlo estudiado suficientemente.

Por otra parte, si bien es cierto, que estaba indicada la realización de prostatectomía debido a hiperplasia prostática obstructiva, la cual se manifestó por retención aguda de orina, también es cierto, que no se realizó el estudio que el caso ameritaba, a fin de elegir correctamente la vía para la realización del procedimiento quirúrgico. Sobre el particular, es necesario mencionar, que la literatura especializada establece indicaciones precisas para prostatectomía transvesical (abierta), entre ellas: protrusión importante intravesical del lóbulo medio, volumen prostático superior a 60-80 gramos, gran cálculo vesical; sin embargo, el paciente no reunía criterios que justificaran el procedimiento transvesical (abierto), por ello hubiera sido deseable que el tratamiento se efectuara mediante resección transuretral de próstata. Más aun, la prostatectomía transvesical efectuada por el demandado, propició la presentación de complicaciones en el paciente.

En el estudio fechado el 21 de abril del 2006, se reportó hemoglobina 17.1 g. y leucocitos en parámetros normales, así mismo, el estudio de control del 13 de mayo de 2006, reportó hemoglobina 10.2 g.; es decir, disminución de 6.9 gramos, leucocitosis (22,700), linfopenia (5.9%) con 86% de segmentados. Esto indica que el sangrado durante la cirugía efectuada por el demandado fue considerable, y no habitual, como se reportó en la nota postquirúrgica. Así mismo, la fórmula

blanca indicaba infección severa.

En ese sentido, las complicaciones presentadas por el paciente, fueron influidas por la insuficiente valoración preoperatoria. En efecto, el demandado debió indicar examen general de orina para percatarse de la necesidad de tratamiento preoperatorio, lo cual no ocurrió. En esos términos, durante la prostatectomía, al abrir vejiga, el paciente presentaba orina concentrada, severamente fétida, según lo acreditan los hallazgos reportados en la nota postquirúrgica.

Así las cosas, se observan elementos de mal praxis, por negligencia, atribuibles al facultativo demandado, pues no cumplió las obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento que el caso ameritaba.

Ahora bien, el paciente fue egresado a su domicilio el 15 de mayo de 2006, con tratamiento mediante ofloxacina, ranitidina y diclofenaco/carisoprodol; sin embargo, la evolución postoperatoria fue tórpida, pues presentaba complicaciones que no fueron debidamente tratadas por el facultativo demandado, según quedó demostrado por las constancias aportadas para el estudio del caso.

Por lo anterior, el 21 de mayo de 2006 el enfermo fue atendido en el segundo hospital, donde lo encontraron grave. La nota de ingreso a dicho nosocomio, así lo demuestra, pues la misma reporta: paciente séptico, salida de material purulento abundante, fétido, en sitio de herida quirúrgica e hipotensión arterial (80/50). Esto confirma, que el demandado no atendió oportunamente las complicaciones.

Así mismo, la nota de las 16:00 horas, señala que el paciente presentaba fuga de orina por Penrose y herida quirúrgica, así como eventración completa (visceras protruidas), abundante tejido necrótico y anemia severa, reportándose hemoglobina 5.9, leucocitosis (33,500) con predominio de neutrófilos

y bandas. Es necesario mencionar, que atendiendo a los resultados de laboratorio del 13 de mayo de 2006, el paciente ya presentaba anemia y leucocitosis, lo cual no fue debidamente valorado por el demandado y permitió que las complicaciones evolucionaran.

El enfermo fue intervenido quirúrgicamente por otros facultativos, en el segundo hospital, efectuándose resección de tejido necrótico de la línea de sutura vesical (encontrando abundante necrosis del lecho con conejeras), resección de tejido necrótico, lavado quirúrgico, cierre de vejiga en dos planos y drenaje de absceso inguinal derecho, según lo demuestra la nota del 25 de mayo de 2006. Durante el postoperatorio, el paciente fue manejado mediante soluciones parenterales, esteroides, inotrópicos, antibióticos, transfusión de paquetes globulares, entre otros, siendo la evolución satisfactoria, por ello fue egresado el 28 de mayo de 2006, según lo acredita la nota de Medicina Interna.

Finalmente, en lo que se refiere al carcinoma prostático (microscópico) reportado en el estudio histopatológico, se trató de hallazgo incidental, descrito en la literatura médica, el cual no tiene relación con la mala práctica del demandado.

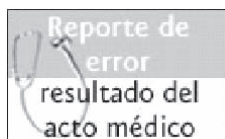
Apreciaciones Finales.

- El facultativo demandado estudió de manera insuficiente al enfermo, incumpliendo las obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento establecidas por la lex artis de la especialidad.
- Durante el postoperatorio, el médico demandado mostró actitud contemplativa ante al cuadro clínico que presentaba el paciente, esto originó que fuera atendido por otros facultativos.

Bibliografía.

- Brian J Miles; Mohit Khera; Robert J Cornell. Simple prostatectomy e-medicine from web-Md. 1-10.
- Dull P, Reagan R W; Bahnson R R. Managing benign prostatic hyperplasia. Am Fam Phys. 2002 Jul 1; 66 (1): 77-84.
- Moreno Aranda Jorge, Primer Consenso Nacional: Hiperplasia Prostática Benigna. Edición especial del Colegio Mexicano de Urología. A. C. Diagnóstico pp. 61-72; Tratamiento quirúrgico: pp. 105-133, 2003.
- Tubaro A., Carter S., Hind A., Valentines C., Miano L. A prospective study of the safety and efficacy of suprapubic transvesical prostatectomy in patients with benign prostatic hyperplasia. J Urol. 2001; 166: 172-176.
- Gratzke C, Reich O, Staehler M, Seitz M, Schlenker B, Stief C G. Risk assessment and medical management of acute urinary retention in patients with benign prostatic hyperplasia. European Association of Urology EBU Update Series. 2006; 4: 109-116.
- Tenke, P., Jackel, M., Nagy, E. Prevention and treatment of catheter-associated infections: Myth or reality? European Association of Urology. Update Series. 2004; 2: 106-115.
- Djavan, B., De la Rosette, J., Desgrandchamps, F., Fourcade, R. et al. In: Interventional therapy for benign prostatic hyperplasia. Ed: C. Chatelan, L. Denis, K.T. Foo, S. Khoury, J. Mc Connell. 5th International Consultation on Benign Prostatic Hyperplasia 2000. Paris. Sponsored by World Health Organization (WHO.)- International Union Against Cancer (UICC). 2001. P 399-424.
- Gann, P.H., Han, M. The natural history of clinically localized prostate cancer. JAMA. 2005; 293: 2149-2151.

Atenta Invitación a participar



Profesional de la Salud (médico, enfermera, cirujano dentista, trabajadora social):

Las instituciones de salud han desarrollado importantes esfuerzos para mejorar la calidad de la atención médica que se brinda en nuestro país. Sin embargo, los errores médicos* cometidos a lo largo de la atención del paciente son un problema inherente a la incertidumbre que representa para un médico cada paciente nuevo que atiende, que habitualmente involucra, más que errores personales o negligencia, el no haber elegido el mejor criterio, ante una situación en la cual no hay una decisión correcta o incorrecta evidentes, especialmente en momentos críticos del proceso de atención.

El reconocimiento de este fenómeno y las acciones correctivas implantadas se reflejan en las estadísticas de CONAMED: la proporción de casos con mala práctica que en 2001 era de 70%, en el presente año ha descendido a sólo 28%. Es necesario continuar identificando los factores que intervienen en la génesis del error, para abatirlos mediante un esfuer-

zo conjunto de los médicos, de las instituciones de salud y de la sociedad. La descripción de estas fallas por los profesionales que los observan y los viven cotidianamente, permitirá conocer las circunstancias que derivaron en un error en la atención del enfermo.

El reporte es anónimo, confidencial y no implica ninguna consecuencia a quienes estuvieron involucrados, por lo que no es necesario mencionar nombres de personas ni instituciones, sólo apegarse a la objetividad que el caso requiera. La información se utilizará para diseñar estrategias para mejorar la práctica de la medicina, tales como emisión de recomendaciones y rediseño de métodos, procedimientos y protocolos de atención. Nuestros errores nos dejan más enseñanzas que nuestros aciertos, si sabemos reconocerlos y compartirlos.

Con este fin les ofrecemos un formato electrónico muy sencillo que se encuentra disponible en la página web de CONAMED, cuya dirección es <http://www.conamed.gob.mx>.

Agradecemos su valiosa participación.

* Definición de error médico: Falla en la consecución de un resultado en salud o bien el uso de un plan equivocado para alcanzar un objetivo (Instituto de Salud de EUA. IOM).